

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 - São Paulo, Brasil

VOL. XIV

FEVEREIRO DE 1953

N. 8

Sumário :

	Pág.
<i>Conceito de urgência em transfusão de sangue em cirurgia</i> — Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI .	115
<i>O processo Sonlleithner de fechamento do peritônio</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .	120
<i>Sanatório São Lucas:</i>	
Operações realizadas em 1951	123
Movimento Cirúrgico	126
Movimento de doentes internados em 14 anos	127
<i>Sociedade Médica São Lucas</i> — Comunicações feitas	128



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção do:

Dr. ADHEMAR NOBRE

Rua Pirapitingul, 114 - São Paulo, Brasil

+

Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

DIRETORIA PARA 1953 - 1954



Presidente:

Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI.

Vice-Presidente:

Dr. PAULO G. BRESSAN.

Primeiro Secretário:

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Segundo Secretário:

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA.

Primeiro Tesoureiro:

Dña. ELZA AVIEKSTS

Segundo Tesoureiro:

Dr. JACYR QUADROS.

Bibliotecário:

Dr. LUÍS BRANCO RIBEIRO.

Conselho Consultivo:

Dr. ROBERTO DELUCA.

Dr. WALDEMAR MACHADO.

Dr. MOACYR BOSCARDIN.

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER.

Dr. ADHEMAR NOBRE.

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIV

FEVEREIRO DE 1953

N.º 8

Conceito de urgência em transfusão de
sangue em cirurgia

Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

Médico do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas. Médico adjunto
da Primeira Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fazendo parte de um Banco de Sangue que presta serviços especializados a grande número de Hospitais de São Paulo, bem como à clínica domiciliar de elevado número de colegas, temos observado inúmeras vezes más indicações no que diz respeito à urgência na realização de uma transfusão. Essa *má indicação* quando seguida de uma reação ou de uma isoimunização, redundaria na grande maioria das vezes em prejuízo do paciente; noutras, é o transfusionista que se sobrecarrega inutilmente, e em certas eventualidades, tanto o paciente como o transfusionista se prejudicam, aquele por se submeter a um ato falho em técnica e este, por realizar um trabalho aquém de um certo limite de segurança. Ao lado dessas possibilidades, mais ou menos pessoais, em que estão em jogo de um lado o bem estar do doente e do outro a responsabilidade do transfusionista, existem as gerais, surgindo como consequência, o descrédito numa terapêutica que ao ser exatamente indicada, torna-se uma arma das mais eficazes do arsenal terapêutico.

Afim de que se possa calcular o tempo mínimo necessário para realização de uma transfusão, julgamos oportuno informar aos colegas quais os exames de rotina que devem preceder a realização de uma transfusão, no que diz respeito a compatibilidade receptor-doador.

Esses exames devem ser realizados com amostra de sangue do receptor — 3 a 5 cc — colhidos com um anticoagulante — destes preferimos o oxalato de potássio em pó — (nunca usar sangue de

focos de traumatismos: pseudo aglutinação). A primeira determinação é a do grupo sanguíneo quanto ao sistema ABO, pela pesquisa dos aglutinogênios e a seguir pela de aglutininas, para confirmação do primeiro achado.

A seguir, pesquisa-se a presença de fatores do sistema *Rh* e dentre os seus constituintes, é indispensável a averiguação do fator *Rho* ou *D* — (85% dos *Rh* positivos) —; nos casos de pacientes *Rh* negativos, e especialmente em se tratando de mulheres que já tenham recebido transfusões ou injeções intramusculares de sangue que não o seu, (autohemoterapia) é de boa técnica averiguar-se a existência ou não de isoimunização ao sistema *Rh*.

Como os pacientes *Rh* negativos (sobretudo crianças do sexo feminino e mulheres) apenas devem receber sangue *Rh* negativo, deve-se além de confirmar esse dado realizar-se a prova de Coombs dita indireta, em cujos detalhes não entraremos aqui; apenas diremos que ela exige aquecimento a 37° c por 1 hora para fixação dos anticorpos anti-*Rh* às hemácias, caso tenha havido erro na 1.ª determinação e seja o paciente na realidade *Rh* +.

As pesquisas dos elementos do sistema *Hr* (*c d e*) e isoimunização aos mesmos, escapa no momento, aos exames de rotina, pois os sôros para ela ainda não são encontrados facilmente em nosso meio; apenas são pesquisados em casos em que haja absoluta necessidade.

Uma vez verificado o "tipo" do receptor, julgamos absolutamente indispensável a realização da chamada "prova cruzada", que consiste em se colocar em contacto, em 1 lâmina ou tubo, o plasma (ou sôro) do receptor com os glóbulos do doador e, em outra, o plasma (ou sôro) do doador com os glóbulos do receptor.

A leitura deve ser feita primeiramente em temperatura de 4° c ou no máximo, na ambiente — (para aglutininas regulares) e, caso não se observe aglutinação, far-se-á uma 2.ª leitura após permanência de 5-10 minutos a 37° (para aglutininas provenientes da isoimunização).

O não aparecimento de aglutinação em ambas as lâminas ou tubos, indica perfeita compatibilidade entre receptor e doador (sobretudo se enriquecermos o meio com sôro albumina), a aglutinação na 1.ª lâmina mostra incompatibilidade e inexequibilidade da transfusão; a aglutinação apenas na 2.ª lâmina, informa-nos da diversidade do grupo sanguíneo posto em contato, mas não obrigatoriamente da incompatibilidade doador/receptor.

Somente após a realização dessas provas, poder-se-á executar uma transfusão com segurança relativamente a compatibilidade receptor/doador; tendo-se tudo a mão, pelo menos gastar-se-ão nos casos simples 15-20' para esses exames.

Costumam-se considerar 3 prazos para a realização de uma transfusão:

- 1) *urgência imediata* — a transfusão deve ser realizada dentro do menor lapso de tempo possível;
- 2) *urgência relativa* — sem que haja risco para o paciente, poder-se-ão aguardar 2 a 3 horas;
- 3) *sem urgência* — ou *de rotina* — não se estabelece limite de tempo e poderá ser feita no decorrer do dia.

Assim, o cirurgião ao nos indicar uma transfusão com urgência imediata, nos trás sempre ao espírito, tratar-se de caso grave, correndo o paciente risco de vida, caso não nos houvermos com necessária rapidez. Contudo, isso não é o que se verifica na prática.

a) Na grande maioria dos casos trata-se de paciente com perda sanguínea de ligeiro ou médio volume — até 500 ccs, que suportaria muito bem a espera de algum tempo, para que se fizessem as provas necessárias já mencionadas.

Somos então obrigados, a lançar mão de sangue imprópria-mente dito de "tipo universal" ou (O), cuja aplicação nem sempre está livre de consequência danosa — (doadores (O) perigosos, aglutinogênicos pouco freqüentes, etc.).

b) Frequentemente somos também solicitados com urgência imediata em salas cirúrgicas, durante ato operatório já programado com antecedência e sem que nele houvesse acidente algum não previsível. Ora, seria muito mais seguro para o paciente, cirurgião e transfusionista que essa operação nos fôsse comunicada de véspera, o que permitiria uma transfusão com toda segurança.

Justificaríamos os pedidos de urgência imediata, os casos com hemorrágias não previsíveis, em que o paciente entraria em choque hemorrágico.

Contudo, na maioria das vezes não é isso o que ocorre, as perdas sanguíneas normais ao ato, preocupam não só o cirurgião como o anestesista, impelindo-os a obter socorro numa transfusão de urgência.

Como média de perda sanguínea em operações, citamos o seguinte quadro: (COLLER, CROOK e IOB):

operações cerebrais	1.084 ccs.
tireoidectomias	237 "
mastectomias simples	200 "
mastectomias radicais	732 "
operações torácicas	575 "
operações gástricas	233 "
operações sobre o sigmóide, reto e anus	377 "
operações pélvicas	262 "
recseções prostáticas	280 "
operações ortopédicas	441 "
operações renais	372 "

Ora, o cirurgião muito bem poderá avaliar si o seu paciente suportará ou não essa perda do volume circulante e, deverá de

antemão, tomar as precauções necessárias. Outras vezes, pacientes precário estado geral, sem preparo para o ato cirúrgico, submetem-se a uma intervenção de vulto, e o resultado é o de não tolerar o choque operatório.

Apela-se também urgentemente para a transfusão, quando de antemão poder-se-ia verificar perfeitamente o tipo de sangue a ser transfundido ao paciente.

A má indicação quanto à urgência pode assumir conseqüências, as mais desastrosas quando somos obrigados a transfundir mulheres e destas, especialmente as em trabalho de parto ou logo após o mesmo.

Exccpionalmente encontramos-nos em face de mulheres que embora sob vigilância obstétrica no pré-natal, tenham seu grupo sanguíneo bem determinado.

Temos então que, em alguns minutos, realizar tôdas as provas, de afogadilho, afim de salvar uma vida que se esvae pela hemorrágia que se instalou.

Assim, queremos frizar que a maior parte dos casos ditos de "urgência", na realidade não o são, e, mesmo que se o tenham tornado teriam permitido antecipadamente a perfeita classificação do tipo sanguíneo do paciente.

O uso indiscriminado de sangue (O) Rh negativo, com baixo teor de aglutinina no sôro, não é possível na prática diária, pois o estoque necessário, de vários litros ao dia não poderá ser mantido satisfatoriamente; assim mesmo; não poria os pacientes a salvo da ação de aglutinogenios pouco freqüentes, mas que podem causar isoimunização ou reações hemolíticas letais.

Ao lado dessas indicações digamos precipitadas, temos também as que não são levados na devida urgência.

Referimo-nos principalmente aos choques, incipientes, que devem ser diagnosticados e tratados nessa fase, para que a recuperação do paciente seja rápida e integral.

Infelizmente, encontramos-nos a miúdo, frente a casos de pacientes em profundo choque, que não foram socorridos com mais presteza porque o colega que os atendia, baseava-se sômente na presença de uma pressão arterial razoável, sem computar os outros sinais que indicavam a instalação de um choque, apenas ainda compensado no aparelho circulatório, à custa de uma vaso constricção periférica.

Nessa fase do choque, a indicação da transfusão apesar de pressão arterial razoável, deve ser de urgência imediata, afim de se prevenir o esgotamento do mecanismo que está mantendo aquele tonus vascular.

O mesmo se diga relativamente aos grandes queimados, em que a expoliação de plasma deve ser compensada urgentemente e

além disso, até mesmo prevenida, pela ministração de volumes adequados do mesmo. Esperar a sideração do paciente para transfundi-lo e hidratá-lo, significa colocá-lo a beira de um choque irreversível.

Resumindo, as más indicações quanto a urgência da transfusão residem tanto na precipitação e imprevidência, como na má interpretação dos sinais precoces que estão a indicar sua urgência.

Julgamos de indicação "urgente" tão somente os casos de grande perdas do volume circulante antes ou inesperadamente durante o ato cirúrgico, embora se encontre o paciente com pressão arterial em torno 8-9 indicando esta apenas um esforço do aparelho circulatório, para manter um retôrno venoso razoável ao coração D.

O processo Sonlleithner de fechamento do peritônio (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Diretor do Sanatório São Lucas

O fechamento da serosa peritoneal depois de uma laparotomia não é pormenor destituído de importância. Basta lembrar a frequência com que se estabelecem aderências ao nível da sutura do peritônio, quasi sempre condicionadas ao pouco caso votado ao tratamento da brecha serosa.

Não se pode menosprezar, também, o valor de uma reconstrução estanque, repondo o revestimento da grande cavidade dentro de uma integridade que garante o livre funcionamento dos órgãos que nela se agasalham.

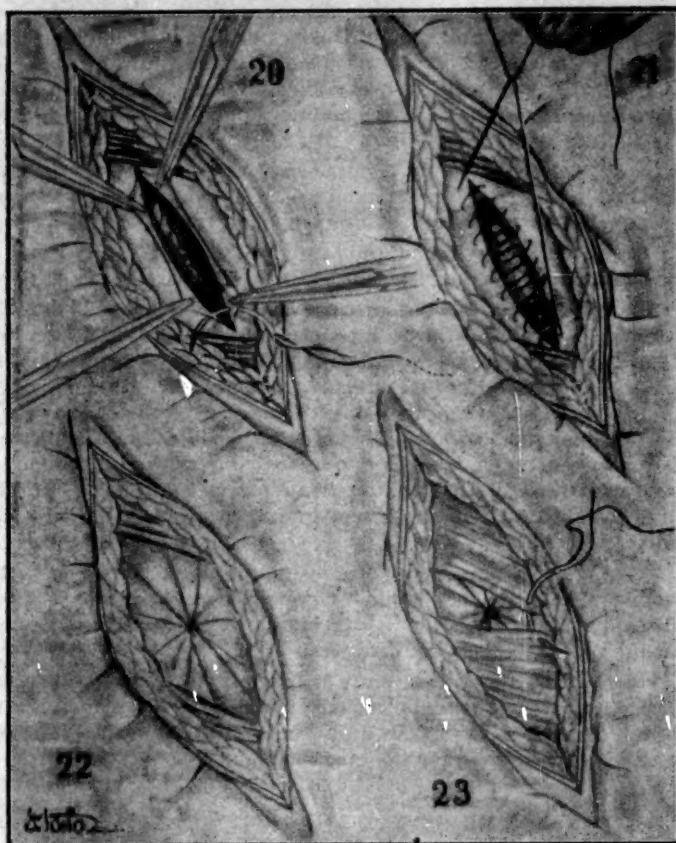
E' por isso que o cirurgião deve dar a devida atenção à sutura do peritônio.

Foi visando um fechamento estaque do peritônio e, principalmente, a redução ao mínimo da superfície sangrante que fica exposta às aderências do grande epiploon e órgãos abdominais que o dr. João Noel von Sonlleithner imaginou e introduziu em nosso Serviço um processo muito simples, de execução rápida e eficiente para o fechamento do peritônio.

Creio que o dr. Sonlleithner até agora não publicou o seu processo, não se tendo preocupado com a questão de prioridade, mas apenas o lançou certo de estar propondo um tempo operativo de real alcance prático. Fê-lo na execução das laparotomias do abdome inferior, seja nas de tipo Pfannenstiel, seja mesmo nas medianas intra umbilicais.

Depois de ter executado, com exito, o processo Sonlleithner em muitas celiotomias ginecológicas, passamos a usá-lo também nas incisões do epigástrio, em cirurgia gástrica. E como vem fazendo parte da rotina de nossa técnica de abertura e fechamento do epigástrio por incisão transversal, tivemos a oportunidade de nos referir a ele quando falamos perante o 1.º Congresso do Brasil Cen-

(*) Exposição feita na "Sociedade Médica São Lucas", em sessão de 19 de janeiro de 1953.



tral reunido em Araxá em setembro de 1949. Não lhe especificamos a maneira pormenorizada de execução, mas dissemos, textualmente, o seguinte:

"Ao fechar o abdome, praticamos o pregueamento dos bordos da abertura do peritôneo pela técnica introduzida no Serviço pelo nosso companheiro João Noel von Sonnleithner, técnica essa que favorece a profilaxia das aderências à cicatriz laparotômica, pois a sutura fica praticamente reduzida a um ponto" ("Estudos Cirúrgicos", VI, III, São Paulo, 1952).

Se estamos recordando esse trecho é para documentar a assertiva de que o processo Sonnleithner já de vários anos é usado em São Paulo, embora o seu autor não tenha feito a sua divulgação através de sociedades médicas ou de revistas de cirurgia.

Esta nota vem a propósito de um trabalho publicado pelo professor Conrado Zuckermann Duarte, do México, na revista espanhola "Clínica Y Laboratorio" (XXXVI, 248, outubro de 1951) e na qual o ilustre catedrático expõe exatamente a mesma maneira de fechar o peritônio que o dr. Sonlleithner poz em uso no Sanatório São Lucas, de São Paulo.

Nessa sua exposição de técnica, feita muito esquematicamente, o prof. Conrado Zuckermann também disse poucas palavras sobre o fechamento do peritônio e foram estas:

"Cerramos el peritoneo con surgete convertido en sutura al anudar, como lo señalan las figuras 21 y 22".

As figuras referidas são as que aqui reproduzimos. Por elas se vê que o cirurgião inicia a passagem do fio ao nível de uma das extremidades da incisão da serosa, não dando nó algum; prossegue passando a agulha num e no outro bordo da incisão em simples chuleio até alcançar a outra extremidade; isso feito, estica o fio, aproximando não só os bordos da incisão, mas também as suas extremidades e só então é que se dá o nó, reduzindo a sua sutura a praticamente um ponto. Isso é possível porque o peritônio desliza facilmente e enruga-se sem grande resistência, ao ser dado o nó.

Certo que as figuras do prof. Conrado Zuckermann são suficientemente claras e dispensam qualquer descrição. Elas demonstram exatamente o que vimos executando e que em nosso Serviço chamamos de processo Sonlleithner.

Há absoluta identidade entre o que propoz Sonlleithner para o hipogástrio, o que desenhou Zuckermann para a região ilíaca direita e o que, sob a inspiração do primeiro, incluímos em nossa técnica da incisão transversa do epigástrio.

Sanatório São Lucas

Operações realizadas em 1951

A

Abertura de abcesso	68
Abertura antraz	1
Abertura hematoma	2
Abertura panarício	1
Adenoidectomia	1
Alcoolização do pequeno epíplon	1
Alcoolização do préssacro ..	48
Alongamento do tendão de Aquiles	1
Amigdalectomia	6
Amputação da perna	5
Amputação do artelho	1
Amputação do dedo	17
Amputação de falange	3
Amputação do colo uterino ..	9
Amputação do pé	1
Amputação osteoplástica	1
Anastomose carótida-jegular ..	1
Anus ilíaco	2
Apendicectomia	456

B

Biópsia	38
---------------	----

C

Cauterização de calosidade ..	1
Cauterização do colo uterino ..	46
Cauterização de condiloma ..	3
Cauterização de epiteloma ..	1
Cauterização de granuloma ..	1
Cauterização de nevus	1
Cauterização de papiloma	1
Cauterização de úlcera	2
Cauterização de verruga	10
Cesárea	40
Circuncisão	34
Cistostomia	2
Colecistectomia	49
Colecistotomia	14
Coledocotomia	1

Coledocostomia	2
Colporperineorrafia	12
Colporrafia	1
Colostomia	1
Criptorquideopexia	1
Curetagem de fistula	6
Curetagem óssea	2
Curetagem de úlcera	4
Curetagem uterina	162

D

Debridamento de fistula	15
Debridamento de loja apendicular	1
Dilatação do esôfago	1
Dissociação da vesícula do duodeno	1

E

Electrocoagulação	1
Embolectomia	1
Enterostomia	2
Enteroenterostomia	2
Enxerto cutâneo	2
Episiotomia	4
Esfinterotomia	2
Esplenectomia	2
Estelectomia	1
Esvaziamento de fecaloma ..	2
Esvaziamento ganglionar	2
Esvaziamento de hematoma ..	1
Eversão da vaginal	12
Excisão de aneurisma venoso ..	1
Excisão de angioma	2
Excisão de ciste branquial ..	1
Excisão de ciste do cordão espermático	4
Excisão de ciste dermóide	20
Excisão de ciste hemático	4
Excisão de ciste hemorrágico do ovário	1
Excisão de ciste do lábio	1

Excisão de ciste do ligamento largo	1
Excisão de ciste lutea do ovário	55
Excisão de ciste da mama	14
Excisão de ciste óssea	1
Excisão de cistoma do ovário	5
Excisão de ciste sebácea	121
Excisão de ciste serosa ovário	4
Excisão ciste sinovial	14
Excisão ciste da vagina	1
Excisão de epiteloma	3
Excisão de glândula de Bartholin	10
Excisão de granuloma	1
Excisão de hemangioma	2
Excisão de hidatide de Morgagni	4
Excisão de hígroma	1
Excisão de lipoma	16
Excisão de nevus	1
Excisão de osteoma	1
Excisão de polipo do colo uterino	4
Excisão de pólipos retal	1
Excisão de quelóide	4
Excisão de tecido necrosado	1
Excisão de tumor cutâneo	1
Excisão de tumor do lábio	1
Excisão de tumor da perna	1
Excisão de tumor do pescoço	3
Excisão de verruga	31
Extirpação de calosidade	7
Extirpação de divertículo do esôfago	1
Extirpação de fibroadenomas	6
Extirpação de gânglios	8
Extirpação da glândula salivar	1
Extirpação do nervo tibial	1
Extirpação de rânula	1
Extirpação do canal tireoglosso	1
Extração de calo	1
Extração de cálculo salivar	1
Extração de catarata	1
Extração de corpo estranho	34
Extração de dentes	3
Extração de placenta	1
Extração de tumor do ovário	1
Extração de unha	22

F

Fechamento de fistula esternal	1
Fechamento de gastrostomia	2
Flebotomia	29
Fórceps (aplicação)	29
Frenicectomia	1

G

Gangliectomia simpático lombar	1
Gastroduodenectomia	145
Gastrojejunostomia	5
Gastrostomia	2

H

Hemangiomectomia	1
Hemicolecotomia	1
Hemorroidectomia	44
Herniorrafia	126
Hipospadia	2
Histerectomia	53
Histerectomia fúndica	1
Histeropexia	35

I

Implantação fistula biliar no estômago	1
Incisão do deferente	1
Iridectomia	1

J

Jejunorrafia	1
--------------------	---

L

Laparotomia verificadora	23
Libertação de aderências	6
Ligadura de trompas	1
Ligadura de varizes	4
Lipectomia	10

M

Mastectomia	4
Mastopexia	1
Meniscectomia	1
Miomectomia	12

N

Nefrectomia	6
Nefropexia	3
Neurolise	2

O

Operação de Mattos	1
Orquidectomia	2
Orquidopexia	3
Osteosíntese	14
Ovariectomia	5
Ovariectomia parcial	1

P

Panarício	1
Paracentese	23
Parafimose	1
Paratireoidectomia	1
Perineorrafia	93
Pilorooplastia	1
Piramidectomia	1
Plástica	17
Plástica hipospadias	1
Pleurocentese	4
Pleurotomia	3
Pneumectomia	1
Polidactilia	1
Prostatectomia	1

R

Reconstituição de parede ...	34
Redução de anus ilíaco	1
Redução de fratura	22
Redução de luxação	2
Ressecção de calo ósseo	1
Ressecção de coto gástrico ..	1
Ressecção de divertículo de Meckel	2
Ressecção de esporão	1
Ressecção intestinal	5
Ressecção jejunal	1
Ressecção de metatarsiano ..	1
Ressecção da sigmóide	3
Ressecção da vulva	1

S

Salpingectomia	67
Salpingoplastia	3

Salpingotomia	41
Schauta (operação)	3
Secção do freio da língua ...	3
Secção do freio do prepúcio ..	7
Sequestrectomia	1
Sigmoidostomia	1
Simpatectomia	3
Sutura do colo do útero	2
Sutura de ferimentos	117
Sutura da himen	1

T

Tireoidectomia	21
Toracoplastia	3
Toracotomia	10
Toracolaparotomia	6
Toracotomia verificadora	4
Toracolaparotomia verificadora	1
Transversosigmoidostomia ...	1
Tunelização em varicocele ..	21

U

Ureterotomia	4
Uretrotomia	1

V

Vagotomia	1
-----------------	---

Total 2665

Pequenas intervenções feitas
em serviço ambulatorio .. 625

Total 3290

Sanatório São Lucas

Movimento Cirúrgico

Durante o segundo semestre de 1952 foi o seguinte o movimento de intervenções cirúrgicas realizadas pelos operadores do Sanatório São Lucas:

MESES	PEQUENAS OPERAÇÕES	MÉDIAS OPERAÇÕES	GRANDES OPERAÇÕES	TOTAL
Julho.....	51	84	77	212
Agosto.....	59	69	51	179
Setembro.....	50	65	46	161
Outubro.....	66	67	63	196
Novembro.....	56	65	48	169
Dezembro.....	47	49	60	156
Total.....	329	399	345	1 073

Sanatório São Lucas

Movimento de doentes internados em 14 anos

Damos a seguir o total de doentes internados no Sanatório São Lucas, desde a sua função:

A N O S	HOMENS	MULHERES	TOTAL
1939.....	368	448	816
1940.....	401	435	836
1941.....	401	473	874
1942.....	461	474	935
1943.....	537	541	1 078
1944.....	545	568	1 113
1945.....	603	639	1 242
1946.....	962	870	1 832
1947.....	850	969	1 819
1948.....	878	762	1 640
1949.....	873	744	1 617
1950.....	854	910	1 764
1951.....	905	1 204	2 109
1952.....	841	1 251	2 092
Total.....	9 479	10 288	19 767
Média anual	677	734	1 411

Sociedade Médica São Lucas

Comunicações feitas

Sessão de 5 de janeiro de 1953:

IV Congresso Interamericano de Radiologia — Dr. José Maria Cabelo Campos.

II Congresso Brasileiro de Proctologia — Dr. Cesário Tavares, Código de Moral Médica — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 19 de janeiro de 1953:

A cirurgia torácica na Itália — Dr. Moacyr Boscardin.

Acidente hemolítico fatal — Drs. Oswaldo Melone, Arthur Biancalana e F. Ottensooser.

O processo Sonleithner de fechamento do peritônio. — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 31 de janeiro de 1953:

O santuário de Esculápio em Epidáuro — Prof. Raul Briquet, Epidúria — Dr. Edgard Braga.

Sessão de 9 de fevereiro de 1953:

Displasia mamaria e carcinoma — Dr. Domingos Lerário.

Alergenos do cristalino, cura da catarata — Dr. José Bresser da Silveira.